

بسمه تعالی

فرم شماره ۲ : مختص کارکنان محترم شاغل در ادارات کل آموزش فنی و حرفه ای استانها
وکالت نامه کمک به صندوق حمایت از بیماران خاص مختص کارکنان سازمان آموزش فنی و حرفه ای کشور

مدیرکل محترم آموزش فنی و حرفه ای استان

با سلام و احترام

بدینوسیله اینجانب کارمند رسمی / پیمانی / قراردادی شاغل
در..... جهت شرکت در این امر خداپسندانه ، رضایت خویش را در خصوص
کمک نقدی به صندوق از طریق کسر ماهیانه از حقوق و مزایای اینجانب به مبلغ پانصد هزار
ریال □ چهارصد هزار ریال □ سیصد هزار ریال □ دویست هزار ریال □ و سایر مبالغ
..... و واریز به حساب شماره ۳-۲۰۷۹۹۶۶-۸۱۶-۳۷۷ نزد بانک سینا - شعبه آزادی به
نام شرکت تعاونی اعتبار کارکنان سازمان آموزش فنی و حرفه ای کشور اعلام می دارم.

نام و نام خانوادگی

امضاء

تاریخ